

ولاية نيويورك  
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
لجنة المكفوفين (COMMISSION FOR THE BLIND)  
نموذج التقدم لمجلس إعادة التأهيل التابع للولاية

| معلومات عامة           |          |                |           |
|------------------------|----------|----------------|-----------|
| الاسم:                 |          |                |           |
| العنوان:               |          |                |           |
| المدينة:               | الولاية: | الرمز البريدي: | المقاطعة: |
| هاتف المنزل:           |          | هاتف العمل:    |           |
| البريد الإلكتروني: @ . |          |                |           |

| الانتماءات   |
|--|
| ينص قانون إعادة التأهيل، بصيغته المعدلة في عام 1998 على أن يكون لمجلس إعادة التأهيل التابع للولاية (State Rehabilitative Council, SRC) تمثيل في جميع أنحاء الولاية ليشمل غالبية الأعضاء المكفوفين أو ضعاف البصر، وأن تشمل العضوية المناصرين وأصحاب العمل ومقدمي الخدمات للمكفوفين أو ضعاف البصر. للمساعدة في ضمان التمثيل المناسب في مجلس SRC، يُرجى وضع علامة على الفئات التي تعكس انتماءاتك. |
| <input type="checkbox"/> مجلس العيش المستقل على مستوى الولاية (Statewide Independent Living Council)   |
| <input type="checkbox"/> مركز إمداد أولياء الأمور بالتدريبات والمعلومات (Parent Training and Information Center)   |
| <input type="checkbox"/> برنامج مساعدة العملاء (Client Assistance Program)   |
| <input type="checkbox"/> برنامج خدمات التعليم المستمر والمهن للبالغين - التأهيل المهني (Adult Career and Continuing Education Services-Vocational Rehabilitation, ACCES-VR)  |
| <input type="checkbox"/> مجلس استثمار القوى العاملة (Workforce Investment Board)   |
| <input type="checkbox"/> نظام التعليم العادي/التعليم الخاص بولاية نيويورك  |
| <input type="checkbox"/> برنامج التأهيل المجتمعي (Community Rehabilitation Program)  |
| اسم المنظمة/عنوانها:   |
| <input type="checkbox"/> عمل تجاري/صناعة   |
| اسم المنظمة/عنوانها/المسمى:  |
| <input type="checkbox"/> مجموعة دعم المستهلكين (Consumer Advocacy Group)   |
| اسم المنظمة/عنوانها:   |
| <input type="checkbox"/> شخص ذو إعاقة  |
| نوع الإعاقة:   |
| <input type="checkbox"/> ولي أمر/وصي لشخص ذي إعاقة   |
| نوع الإعاقة:   |

| الترتيبات التيسيرية   |
|---|
| إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات تيسيرية لحضور اجتماعات مجلس SRC، يُرجى ذكر احتياجاتك. |

**المرفقات**

- خطاب تعريفى - بيان باهتماماتك وما ستقدمه إلى مجلس SRC، بما في ذلك الخبرة والتأثير والتنوع.
- السيرة الذاتية/المهنية
- خطاب توصية

بالتوقيع أدناه، أقر بموجب هذه الوثيقة بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صادقة ودقيقة. وأؤكد أن هذا النموذج مكتمل وأن جميع الوثائق المطلوبة مرفقة.

|          |          |
|----------|----------|
| التوقيع: | التاريخ: |
|----------|----------|

**المعلومات الديموغرافية (اختيارية)**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| النوع:                  | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى   |
| العرق:                  | <input type="checkbox"/> من أصل هسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض<br><input type="checkbox"/> من سكان أمريكا أو ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادي الأخرى<br><input type="checkbox"/> من عرقين أو أكثر<br><input type="checkbox"/> أمريكي أسمر البشرة أو أمريكي من أصل إفريقي |
| السن:                   | <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-45 <input type="checkbox"/> 46-65 <input type="checkbox"/> 65+  |
| المنطقة بولاية نيويورك: | <input type="checkbox"/> المنطقة الغربية <input type="checkbox"/> المنطقة الوسطى <input type="checkbox"/> لونغ آيلاند <input type="checkbox"/> مدينة نيويورك<br><input type="checkbox"/> نهر هدسون <input type="checkbox"/> منطقة كابيتول (تشمل جبال أديرونداك)  |
| الإعاقة:                | <input type="checkbox"/> بدنية <input type="checkbox"/> حسية <input type="checkbox"/> متعلقة بالنمو <input type="checkbox"/> متعلقة بالصحة العقلية <input type="checkbox"/> لا توجد  |

أعد النماذج المكتملة وجميع المرفقات إلى منسق اتصالات مجلس SRC عبر:

البريد: SRC Membership, NYS Commission for the Blind

52 Washington Street, South Building Room 201

Rensselaer, NY 12144

الفاكس: 518-486-5819